



***Polityka zdrowotna
dla miasta Torunia na lata 2019-2025***

Toruń, 2019 r.

Spis treści

1. Wprowadzenie do Polityki zdrowotnej dla miasta Torunia na lata 2019-2025	4
1.1. Cele, zakres i metodyka opracowania dokumentu	4
1.2. Założenia opracowania dokumentu diagnozy	4
1.2.1. Diagnoza	4
1.2.2. Partycypacja społeczna	5
2. Koncepcja Polityki zdrowotnej dla miasta Torunia na lata 2019-2025	7
2.1. Wprowadzenie do koncepcji Polityki zdrowotnej	7
2.2. Istota Polityki zdrowotnej	7
2.3. Cele Polityki zdrowotnej	8
2.3.1. Potrzeby zdrowotne społeczeństwa	10
2.3.2. Stan zdrowia mieszkańców Torunia, sytuacja epidemiologiczna	10
2.3.3. Zasoby systemu ochrony zdrowia	11
2.3.4. Finansowanie ochrony zdrowia	11
2.3.5. Promocja zdrowia i profilaktyka chorób	12
3. Zasady prowadzenia Polityki zdrowotnej	14
3.1. Ogólne zasady prowadzenia Polityki zdrowotnej	14
3.2. Potrzeby zdrowotne społeczeństwa	14
3.3. Stan zdrowia mieszkańców Torunia	15
3.4. Zasoby systemu ochrony zdrowia	15
3.5. Finansowanie ochrony zdrowia	16
3.6. Promocja zdrowia i profilaktyka chorób	16
4. Narzędzia i instrumenty realizacji Polityki zdrowotnej dla miasta Torunia na lata 2019-2025	18
Spis tabel	21
Spis rysunków	21
Załącznik 1. Powiązanie problemów z celami szczegółowymi	22

Wykaz stosowanych skrótów, pojęć

Analiza SWOT- popularna technika służąca do porządkowania i analizy informacji

AOS – Ambulatoryjna Opieka Specjalsityczna

GMT- Gmina Miasta Toruń

jst- jednostka samorządu terytorialnego

ngo – organizacje pozarządowe

MPU – Miejska Pracownia Urbanistyczna

POZ – Podstawowa Opieka Zdrowotna

PFRON – Państwowy Fundusz Osób Niepełnosprawnych

SOK- świadczenia zdrowotne kontraktowane oddzielnie

sp zoz – samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej

UMT –Urząd Miasta Torunia

UMK – Uniwersytet Mikołaja Kopernika

WZiPS- Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej

1. Wprowadzenie do *Polityki zdrowotnej dla miasta Torunia na lata 2019-2025*

1.1. Cele, zakres i metodyka opracowania dokumentu

Jednym z najważniejszych zadań jst, które wynikają z ustawy o samorządzie gminnym¹, jest zaspokajanie zbiorowych potrzeb mieszkańców, w tym również z zakresu ochrony zdrowia. Miasto Toruń nieprzerwanie realizuje zadania służące ochronie zdrowia, przyczyniając się tym samym do poprawy jakości życia mieszkańców miasta. Należy wskazać, że samorząd miasta ma tylko częściowy wpływ na zakres finansowania ochrony zdrowia w mieście. Dlatego też tak ważnym narzędziem regulacji w sferze ochrony zdrowia jest Polityka zdrowotna. Dla Torunia opracowanie Polityki zdrowotnej było przedsięwzięciem realizowanym zarówno z przyczyn wewnętrznych, jak i regulacji zewnętrznych. Powodem wewnętrznym była potrzeba racjonalizacji działań i wydatków dotyczących ochrony zdrowia w powiązaniu z priorytetami zaspokajania potrzeb zdrowotnych. Polityka zdrowotna odnosi się również do zapisów nowej Strategii Rozwoju Miasta Torunia do roku 2020 z uwzględnieniem perspektywy rozwoju do 2028 r., która została przyjęta Uchwałą Rady Miasta Torunia dnia 17 maja 2018 roku. Ważnym dokumentem powiązany z polityką zdrowotną jest również Strategia Rozwoju Edukacji Miasta Torunia na lata 2016-2023. Natomiast przyczyny zewnętrzne opracowania Polityki zdrowotnej dla miasta Torunia to przede wszystkim realizacja celów wynikających z Narodowego Programu Zdrowia. Dokument Polityki zdrowotnej dla miasta Torunia uwzględnia również w swoich zapisach dwa dokumenty z zakresu zdrowia publicznego na poziomie województwa i kraju:

- Mapy potrzeb zdrowotnych dla województwa kujawsko-pomorskiego,
- Krajowe ramy strategiczne Policy Paper dla ochrony Zdrowia na lata 2014-2020.

Przygotowanie Polityki Zdrowotnej poprzedzone zostało opracowaniem dokumentu Diagnozy, w której przedstawiono stan i stopień zaspokojenia istotnych potrzeb zdrowotnych.

1.2. Założenia opracowania dokumentu Diagnozy

1.2.1. Diagnoza

Celem opracowania dokumentu Diagnozy było określenie stopnia, w jakim realizowane działania przyczyniają się do zaspokojenia istotnych potrzeb zdrowotnych ogółu mieszkańców Torunia. Diagnoza została opracowana na podstawie danych demograficznych, epidemiologicznych, informacji o zasobach systemu ochrony zdrowia oraz na podstawie społecznej oceny zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych.

Dla potrzeb prac nad Diagnozą został określony zakres przedmiotowy, który podzielono na obszary i podobszary przedstawione w tabeli poniżej.

Tabela 1. Zakres przedmiotowy diagnozy polityki zdrowotnej Miasta Torunia.

Obszar	Podobszary
1. Potrzeby zdrowotne społeczeństwa	1.1. Struktura demograficzna ludności 1.2. Stan zdrowia poszczególnych grup ludności 1.3. Uwarunkowania środowiskowe 1.4. Infrastruktura prozdrowotna sportowo-rekreacyjna
2. Stan zdrowia mieszkańców Torunia, sytuacja epidemiologiczna	2.1. Zachorowalność i chorobowość 2.2. Samoocena stanu zdrowia 2.3. Styl życia 2.4. Zdrowie społeczne – skala problemów zdrowotnych

¹ Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym. Tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 994, 1000, 1349, 1432.

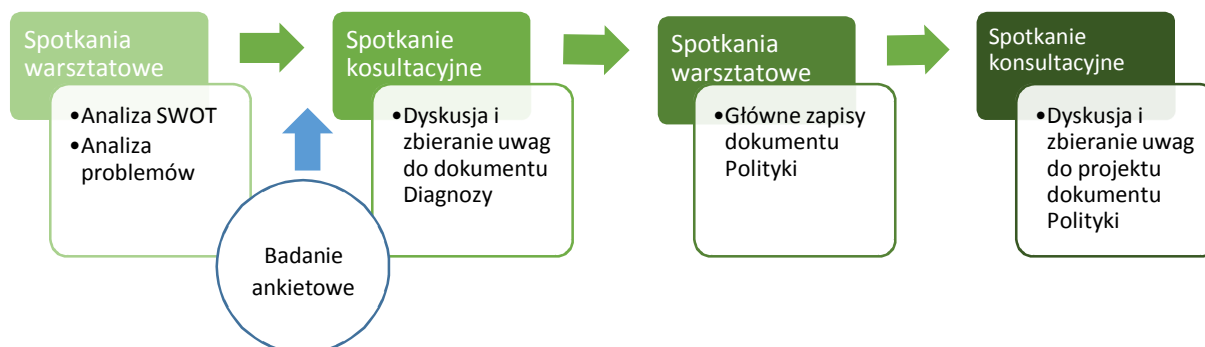
Obszar	Podobszary
3. Zasoby systemu ochrony zdrowia	3.1. Zasoby ludzkie/kadra medyczna (nadwyżki i niedobory kadry każdej grupy) 3.2. Zasoby materialne 3.3. Opieka szpitalna, leczenie szpitalne, lecznictwo szpitalne, 3.4. Opieka psychiatryczna i zdrowie psychiczne, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień 3.5. Ambulatoryjna opieka zdrowotna 3.6. Opieka paliatywna i hospicyjna 3.7. Rehabilitacja lecznicza 3.8. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej 3.9. Świadczenia specjalistyczne (AOS, SOK)
4. Finansowanie ochrony zdrowia	4.1. NFZ 4.2. GMT
5. Promocja zdrowia i profilaktyka chorób	5.1. Wiedza i potrzeby mieszkańców w zakresie profilaktyki 5.2. Aktywność własna GMT

Źródło: opracowanie własne.

1.2.2. Partycypacja społeczna

Polityka zdrowotna dla miasta Torunia na lata 2019-2025 została opracowana przy współpracy z zespołem roboczym, w skład którego weszli przedstawiciele grup różnych środowisk oraz instytucji. Współpraca dotyczyła zarówno dokumentu Diagnozy, jak i Polityki zdrowotnej. Pierwsze spotkania miały charakter warsztatowy i skupiały się na identyfikacji problemów oraz czynników w analizie SWOT w podziale na poszczególne obszary w ochronie zdrowia. Następnie skupiono się na zaprezentowaniu projektu Diagnozy i zebraniu uwag do dokumentu. Kolejnym etapem partycypacji społecznych były warsztaty projektowe, podczas których wypracowane zostały główne zapisy dokumentu Polityki w odniesieniu do pięciu analizowanych obszarów. Ostatnim elementem konsultacji było przedstawienie i zebranie uwag do projektu Polityki.

Rysunek 1. Przebieg spotkań w ramach partycypacji społecznej



Źródło: opracowanie własne.

Ponadto, bardzo ważnym elementem konsultacji społecznych było badanie ankietowe dla mieszkańców Torunia dotyczące ochrony zdrowia. W badaniu wzięło udział ponad 400 osób. Ankieta dla mieszkańców obejmowała poniższe zagadnienia:

- wiedza i potrzeby mieszkańców w zakresie profilaktyki,
- skala wydatków ponoszonych bezpośrednio przez ludność z dochodów własnych,

- styl życia, dobrostan psychiczny (pojęcie to obejmuje doświadczanie przez człowieka pozytywnych emocji, częstotliwość występowania obniżonego nastroju, a także wysoki poziom zadowolenia z życia), zachowania prozdrowotne, zachowania autodestrukcyjne,
- samoocena stanu zdrowia,
- ocena zaspokojenia potrzeb zdrowotnych u mieszkańców Torunia,
- ocena okresu oczekiwania na świadczenia zdrowotne.

Oprócz danych zawartych w pytaniach merytorycznych ankiety, w kwestionariuszu znalazły się także pytania o cechy demograficzno-społeczne respondentów.

2. Koncepcja Polityki zdrowotnej dla Miasta Torunia na lata 2019-2025

2.1. Wprowadzenie do koncepcji Polityki zdrowotnej

Zdrowie jest determinantą funkcjonowania jednostki w społeczeństwie. Z tego względu, niezwykle istotną kwestią jest podejmowanie przez władze publiczne działań zmierzających do tworzenia polityki zdrowotnej, skupiającej się na tworzeniu takich warunków społecznych, ekonomicznych i ekologicznych, które przyczyniają się do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa.

Ponadto, największy wpływ na poprawę stanu zdrowia ma styl życia, na który składają się takie elementy jak: odpowiednia dieta, unikanie sytuacji stresogennych, unikanie spożywania używek oraz aktywność fizyczna. W największym stopniu **samorząd odpowiada za działania w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia**, dysponując odpowiednimi narzędziami i instrumentami. Samorząd nie ma bezpośredniego wpływu na poziom zabezpieczenia w zakresie medycyny naprawczej. Organizatorem i płatnikiem w tym zakresie jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Działania jednostek samorządu terytorialnego są ograniczone do ew. wnioskowania, postulowania i wspierania starań sp. zoz-ów o wyegzekwowanie swoich praw. Poza aspektami związanymi z bezpośrednimi oddziaływaniami na zdrowie i kształtowanie postaw zdrowotnych mieszkańców istotny wpływ na stan zdrowia społeczeństwa mają warunki środowiska fizycznego, na które składają się stan powietrza i wody, natężenie hałasu, warunki pracy, ukształtowanie przestrzeni publicznej oraz jakość środowiska.

W niniejszej Polityce zdrowotnej przyjęto, że wszystkie czynniki wpływające na zdrowie jednostki, jak i całego społeczeństwa można podzielić według koncepcji Marca Lalonde'a² na cztery grupy:

I grupa – styl życia. Ma on największy, bo około 53% wpływ na zdrowie człowieka. Na styl życia składają się między innymi takie elementy jak aktywność fizyczna, sposób odżywiania się, umiejętności radzenia sobie ze stresem, stosowanie używek (nikotyna, alkohol, środki psychoaktywne) oraz zachowania seksualne.

II grupa – środowisko fizyczne. Warunkuje ono stan zdrowia człowieka w około 21%. Korzystny wpływ na zdrowie mają czyste powietrze i woda, zdrowa i bezpieczna szkoła oraz zakład pracy. Negatywne oddziaływanie środowiska na zdrowie wynika w znacznym stopniu z degradacji środowiska naturalnego, promieniowania jonizującego, hałasu, szkodliwych substancji chemicznych oraz czynników biologicznych.

III grupa – czynniki genetyczne. Ta grupa obejmuje uwarunkowania zdrowia przez czynniki genetyczne, które mogą powodować dziedziczne predyspozycje do wystąpienia określonych chorób czy problemów zdrowotnych. Czynniki te wpływają na zdrowie w około 16%.

IV grupa – opieka zdrowotna. Może to być zaskakujące, ale według koncepcji Marca Lalonde'a ma ona najmniejszy, bo jedynie około 10% wpływ na zdrowie. Opieka zdrowotna obejmuje tu takie elementy jak struktura, organizacja, funkcjonowanie, czy też dostępność do świadczeń medycznych oraz ich jakość, na które tylko niewielki wpływ mają jednostki samorządu terytorialnego. Głównym realizatorem tychże działań jest NFZ.

2.2. Istota Polityki zdrowotnej

Polityka zdrowotna dla miasta Torunia na lata 2019-2025 pełni funkcję regulatora dla decyzji ciągłych lub powtarzalnych, podejmowanych w różnym czasie i w różnych obszarach ochrony zdrowia, które mają wspólne cele. Określa ona zasady, stanowiące ogólne wytyczne, kryteria i granice podejmowania

² Wysocki, M. J., Miller, M. (2003). Paradygmat Lalonde'a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne. *Przegląd epidemiologiczny*, 57, 505-12.

tych decyzji. Polityka określa ramy merytoryczne, społeczne, ekonomiczne i organizacyjne dla podejmowanych decyzji, przede wszystkim dotyczących podmiotów podporządkowanych miastu. Równocześnie polityka powinna pozwalać również oddziaływać na wszystkie inne podmioty niepodporządkowane miastu, które są uczestnikami systemu ochrony zdrowia w Toruniu, tak aby ich zachowania i działania służyły osiągnięciu celów polityki zdrowotnej. W związku z tym polityka odnosi się również do sposobów inicjowania, koordynowania i wspierania przez miasto działań wszystkich podmiotów systemu ochrony zdrowia w mieście, które nie podlegają miastu. Zapotrzebowanie na finansowanie potrzeb ze środków publicznych tradycyjnie i niezmiennie jest większe od możliwości finansowych dysponentów tych środków (m.in. NFZ, jst, PFRON). Dlatego też, w Polityce zdrowotnej fundamentalną jest zasada racjonalnego wydatkowania środków na finansowanie ochrony zdrowia. W zakresie zadań jednostek samorządu terytorialnego dotyczących działań profilaktycznych jak i przypisanych samorządowi możliwych do sfinansowania zadań na rzecz zakładów opieki zdrowotnej, dla których gmina jest organem tworzącym (np. zakup aparatury, modernizacja, remonty) oraz podejmowanie prób stymulacji w zakresie ilości i poziomu finansowania przez NFZ świadczeń zdrowotnych.

Wartością i cechą zasad/wytycznych i kryteriów podejmowania decyzji jest ich trwałość obowiązywania w długim okresie czasu oraz to, że są określone na najwyższym poziomie ogólności. Trwałość polityki jest uwarunkowana trwałością regulacji krajowych w zakresie systemu ochrony zdrowia. W przypadku zmiany tych uregulowań niezbędna będzie weryfikacja i ewentualna korekta Polityki Zdrowotnej dla miasta Torunia.

Dokument ten nie zastępuje planów i programów służących bezpośrednio realizacji działań zaspokajających potrzeby zdrowotne mieszkańców Torunia. Jego rolą jest wyznaczanie ram i zasad, według których opracowywane i realizowane powinny być plany i programy z zakresu ochrony zdrowia.

2.3. Cele Polityki zdrowotnej

System ochrony zdrowia stoi w obliczu wyzwań związanych ze zmianami demograficznymi i ograniczonymi możliwościami wzrostu nakładów finansowych na zdrowie. Będzie następował dalszy wzrost liczby ludzi starszych w społeczeństwie. Przyczyną tego jest postępujące wydłużanie się przeciętnego okresu trwania życia, osiąganie wieku starości demograficznej³, a także spadek liczby urodzeń. Taka sytuacja będzie powodowała narastanie problemów związanych z zaspokojeniem potrzeb zdrowotnych. Według prognoz, w sytuacji zjawiska przesuwania się ludności z grupy wieku produkcyjnego do grupy w wieku poprodukcyjnym, spadać będą wpływy do NFZ poprzez utrzymywanie się niższego poziomu aktywności zawodowej ludności Polski. Powstrzymanie kryzysu demograficznego i ograniczenie negatywnych konsekwencji wymaga podjęcia głębokich reform systemowych, w szczególności w takich obszarach jak: ochrona zdrowia, pomoc społeczna, polityka zatrudnienia, ubezpieczenia społeczne oraz polityka rodzinna⁴.

Na tle tych ogólnych zarysowanych powyżej uwarunkowań funkcjonowania systemu ochrony zdrowia przyjęte zostały następujące cele *Polityki zdrowotnej dla miasta Torunia na lata 2019-2025*. Cele te są przedstawione w poniższej tabeli.

³ Starość demograficzna to proces społeczny, polegający na wzroście udziału ludności najstarszej (powyżej 65 lat) przy małym udziale ludności młodej w danym społeczeństwie.

⁴ Lechowicz-Kępa E. Przemiany demograficzne jako wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach Wydział Ekonomii Katedra Polityki Społecznej i Gospodarczej.

Tabela 2. Cele polityki zdrowotnej

Cel główny				
Zrównoważone zaspokajanie potrzeb zdrowotnych mieszkańców oraz budowanie ich świadomości zdrowotnej z wykorzystaniem istniejących zasobów i możliwości ich zwiększania.				
Cele szczegółowe				
Obszar 1: Potrzeby zdrowotne społeczeństwa.	Obszar 2: Stan zdrowia mieszkańców Torunia, sytuacja epidemiologiczna.	Obszar 3: Zasoby systemu ochrony zdrowia.	Obszar 4: Finansowanie ochrony zdrowia.	Obszar 5: Promocja zdrowia i profilaktyka chorób.
1.1. Zwiększenie poziomu jakości zaspokojenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców. 1.2. Wsparcie zdrowia psychicznego dla różnych grup mieszkańców. 1.3. Zwiększanie dostępności do świadczeń profilaktycznych i opiekuńczych dla seniorów. 1.4. Niwelowanie różnic w dostępie do usług zdrowotnych mieszkańców głównie poprzez realizację programów polityki zdrowotnej. 1.5. Poprawa sytuacji zdrowotnej mieszkańców.	2.1. Monitorowanie sytuacji zdrowotnej mieszkańców. 2.2. Określanie kierunków działań prozdrowotnych.	3.1. Wspieranie działań wpływających na zmniejszanie deficytu kadr medycznych, personelu okołomedycznego oraz wolontariuszy. 3.2. Doposażanie i unowocześnianie wyposażenia sp zoz-ów, dla których organem tworzącym jest GMT. 3.3. Dostosowywanie infrastruktury ochrony zdrowia zarządzanej przez sp zoz-y, dla których organem tworzącym jest GMT do potrzeb mieszkańców /m.in. modernizacja obiektów służących realizacji zadań, wyposażenie/ oraz uwzględnianie w planach zagospodarowania przestrzennego potrzeb sektora zdrowia.	4.1. Stymulowanie wzrostu finansowania świadczeń zdrowotnych z NFZ i innych środków zewnętrznych. 4.2. Racjonalne planowanie nakładów budżetu GMT na działania w obszarze promocji i profilaktyki zdrowia oraz rozwoju sp zoz-ów, dla których GMT jest organem tworzącym.	5.1. Wzrost świadomości zdrowotnej mieszkańców. 5.2. Zwiększenie liczby odbiorców programów zdrowotnych. 5.3. Kształtowanie postaw prozdrowotnych.

W załączniku 1 przedstawione są powiązania zidentyfikowanych problemów z powyższymi celami szczegółowymi Polityki Zdrowotnej.

2.3.1. Potrzeby zdrowotne społeczeństwa

W tym obszarze znajdują się cztery cele:

- 1.1. Zwiększenie poziomu jakości zaspokojenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców.
- 1.2. Wsparcie zdrowia psychicznego dla różnych grup mieszkańców.
- 1.3. Niwelowanie różnic w dostępie do usług zdrowotnych mieszkańców.
- 1.4. Poprawa sytuacji zdrowotnej mieszkańców.

Realizacja powyższych celów wymaga uwzględnienia następujących kategorii dostępności do usług zdrowotnych⁵ i związanych z nimi kryteriów:

- a) **dostępność finansowa**, kryteria: odsetek osób bez ubezpieczenia, odsetek chorych przewlekle, którzy musieli zrezygnować z opieki/leków z powodów finansowych, wydatki własne pacjentów na opiekę zdrowotną i ich struktura,
- b) **dostępność geograficzna**, kryteria: odsetek osób, które muszą jechać ponad 20 minut do lekarza POZ, apteki, na rehabilitację, ponad 30 min do najbliższego szpitala,
- c) **dostępność czasowa**, kryteria: odsetek osób uznających czas oczekiwania na usługę za zbyt długi, dostęp telefoniczny i elektroniczny do lekarza POZ, dostęp elektroniczny do dokumentacji pacjenta, liczba oczekujących na miejsce w opiece długoterminowej, liczba oczekujących na przeszczep organu,
- d) **dostęp do personelu**, kryteria: liczba nieobjętych stanowisk pracy lekarza, pielęgniarki itp., wskaźnik absencji w ochronie zdrowia, liczba lekarzy i pielęgniarek na populację,
- e) **wolność wyboru przez pacjenta**, kryteria: liczba osób z problemem zapisu do lekarza POZ, liczba osób z własnym budżetem na opiekę.

Jednym z ważnych aspektów wpływających na skuteczność pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi jest zapewnienie im efektywnego oparcia społecznego. Jest ono czynnikiem niezwykle istotnym zarówno dla profilaktyki zaburzeń psychicznych jak i skutecznego wspierania osób, które ich doświadczają. Zdrowie psychiczne jest obecnie definiowane dość szeroko. Nie oznacza ono jedynie braku choroby. Zgodnie z obowiązującą definicją, zdrowie psychiczne to stan dobrego samopoczucia, w którym człowiek wykorzystuje swoje zdolności, radzi sobie z przeciwnościami i stresem, efektywnie pracuje.⁶

Ważną społecznie potrzebą jest zapewnienie opieki długoterminowej obejmującej świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze (dla osób obłożnie i przewlekle chorych) oraz opiekę paliatywno-hospicyjną (dla poprawy jakości życia chorego i jego bliskich zmagających się z problemami związanymi z zagrażającą życiu, postępującą chorobą).

Działalność jst w ww. zakresie jest ograniczona do ew. stymulowania i podejmowania prób wpływu na organizatora i płatnika świadczeń zdrowotnych (NFZ), który ma obowiązek i możliwości planowania systemu dostępności do świadczeń zdrowotnych.

2.3.2. Stan zdrowia mieszkańców Torunia, sytuacja epidemiologiczna

W tym obszarze znajdują się dwa cele:

- 2.1. Monitorowanie sytuacji zdrowotnej mieszkańców.

⁵ Krajowy indeks sprawności ochrony zdrowia 2014, PwC.

⁶ Wojewódzki Program Pomocy i Oparcia Społecznego dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi na lata 2018-2022, Województwo Mazowieckie.

2.2. Określanie kierunków działań prozdrowotnych.

Zaspokajanie zbiorowych potrzeb mieszkańców w zakresie ochrony zdrowia wymaga zachowania ciągłości w gromadzeniu i analizowaniu informacji w tym zakresie. Obejmuje to również badanie oczekiwań społeczności miasta. Pozyskiwane w systemie ciągłego monitoringu informacje wspierają zarządzanie wszystkimi obszarami opieki zdrowotnej i dają możliwość podejmowania interwencji. Monitorowanie sytuacji zdrowotnej mieszkańców jest zadaniem Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej UMT. Do monitorowania sytuacji zdrowotnej będą wykorzystywane następujące źródła informacji o stanie zdrowia mieszkańców:

- a) pierwotne (bezpośrednie): metoda reprezentatywna, metoda wybranej grupy ludności, badania przesiewowe (skrinningowe),
- b) wtórne (pośrednie): dane demograficzne, dane o chorobach, informacje o czynnikach geograficznych, geologicznych oraz w zakresie mieszkalnictwa, zatrudnienia, dochodów ludności, i konsumpcji.

Prowadzenie monitoringu przez Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej UMT będzie przede wszystkim polegało na gromadzeniu informacji i wyników badań dostępnych w mieście oraz z innych dostępnych publicznie źródeł. W uzasadnionych przypadkach Wydział będzie prowadził własne badania. Informacje z tego systemu oprócz wykorzystywania ich przez miasto powinny być publicznie dostępne dla wszystkich uczestników systemu zdrowia.

2.3.3. Zasoby systemu ochrony zdrowia

W tym obszarze znajdują się trzy cele:

- 3.1. Wspieranie działań wpływających na zmniejszenie deficytu kadr medycznych.
- 3.2. Doposażanie i unowocześnianie wyposażenia gminnych placówek opieki zdrowotnej.
- 3.3. Dostosowywanie infrastruktury ochrony zdrowia do potrzeb mieszkańców.

Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁷, zadaniami władz samorządowych w obszarze zdrowia są w szczególności: tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, analiza i ocena potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany, promocja zdrowia i profilaktyka, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu oraz finansowanie w trybie i na zasadach określonych w Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jest w zakresie zmniejszania deficytu kadr może podejmować działania wspierające korporacje zawodowe (pielęgniarek i położnych, lekarzy, lekarzy dentyków) oraz uczelnie wyższe.

2.3.4. Finansowanie ochrony zdrowia

W tym obszarze znajdują się dwa cele:

- 4.1. Stymulowanie wzrostu finansowania świadczeń zdrowotnych z NFZ i innych środków zewnętrznych.
- 4.2. Racjonalizacja nakładów budżetu GMT na działania w obszarze promocji i profilaktyki zdrowia oraz rozwoju sp. z o.o., dla których GMT jest podmiotem tworzącym.

Dużym wyzwaniem będzie zaspokajanie stale zwiększających się potrzeb w zakresie ochrony zdrowia przy jednocześnie ograniczonych możliwościach finansowych systemu ochrony zdrowia. GMT pełni bardzo ważną rolę integratora działań wszystkich podmiotów działających w systemie ochrony zdrowia w mieście na rzecz stymulowania wzrostu finansowania świadczeń zdrowotnych z NFZ i innych środków zewnętrznych. Oprócz wsparcia organizacyjnego i technicznego dla tych podmiotów

⁷ Zapisy ustawy: Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

skutecznym narzędziem może być lobbing. Jst odpowiada za realizację na terenie gminy programów profilaktycznych i za wyposażenie, prowadzenie inwestycji i modernizacji zoz, dla których jest organem tworzącym oraz w uzasadnionych przypadkach ewentualne udostępnianie nieruchomości stanowiącej zasoby gminy na świadczenie usług zdrowotnych.

Ze względu na to, że promocja i profilaktyka zdrowia są niezwykle istotnymi elementami ochrony zdrowia (mającymi największy wpływ na styl życia, a tym samym zdrowie mieszkańców) WZiPS UMT, biorąc pod uwagę priorytety oraz zagrożenia zdrowotne dla lokalnej społeczności, racjonalnie planuje działania prozdrowotne w zakresie pojawiających się problemów zdrowotnych. Wymaga to trudnych decyzji związanych z ustalaniem priorytetów i poziomu wydatków w budżecie GMT oraz rozstrzygania, które potrzeby powinny być zaspokajane ze środków publicznych.

2.3.5. Promocja zdrowia i profilaktyka chorób

W tym obszarze znajdują się trzy cele:

- 5.1. Wzrost świadomości zdrowotnej mieszkańców.
- 5.2. Zwiększenie liczby odbiorców programów zdrowotnych.
- 5.3. Kształtowanie postaw prozdrowotnych.

Promocja zdrowia jest procesem umożliwiającym mieszkańcom zwiększenie osobistej kontroli nad swoim zdrowiem, a tym samym poprawę jego stanu lub utrzymanie dobrego stanu zdrowia. Koncepcja promocji zdrowia opiera się na następujących aspektach:

- a) koncentracji na zdrowiu jako czynniku poprawy jakości życia,
- b) kształtowaniu stylu życia i środowiska sprzyjającego zdrowiu,
- c) uświadamianiu ludziom, iż sami podejmują decyzje dotyczące własnego zdrowia i ponoszą odpowiedzialność za zdrowie swoje i osób w swoim otoczeniu,
- d) zobowiązaniu osób zarządzających zasobami ludzkimi na wszystkich poziomach i w różnych strukturach organizacyjnych do tworzenia warunków sprzyjających dokonywaniu "zdrowych wyborów".

W działaniach w zakresie promocji zdrowia kluczowe znaczenie będą miały oddziaływania skierowane do najmłodszych mieszkańców miasta poprzez m.in. interwencje podejmowane w placówkach oświatowo-wychowawczych. Nabyte i utrwalone nawyki prozdrowotne u dzieci i młodzieży stanowić będą w przyszłości gwarancję wyeliminowania wielu czynników ryzyka dla ich zdrowia. Młodzi ludzie z ukształtowanymi poglądami prozdrowotnymi stanowić będą wzorce propagujące w lokalnym środowisku odpowiedzialność za własne zdrowie.

W podejmowanych działaniach istotne znaczenie będą miały szkoły, szczególnie tzw. szkoły promujące zdrowie, które pełnią wiodącą rolę wśród placówek oświatowo-wychowawczych w zakresie działań na rzecz poprawy i utrwalania zdrowia. Przyjmuje się, że szkoła promująca zdrowie wyróżnia się następującymi cechami⁸:

- a) edukacja zdrowotna występuje w programie nauczania,
- b) atmosfera w szkole oraz jej organizacja wspiera edukację zdrowotną i sprzyja zdrowemu stylowi życia,
- c) szkoła zachęca rodziców i społeczność lokalną do współdziałania,

⁸ Górczyk D. W zdrowym ciele zdrowy duch, czyli o tym jak promować zdrowy styl życia wśród rodziców i społeczności lokalnej. Wychowanie fizyczne, Artykuły: <http://www.profesor.pl/>.

d) szkoła promuje zdrowy styl życia członków swojej społeczności.

Zakłada się, że zdrowie nie będzie wyłącznie obiektem działań leczniczych, ale będzie obiektem przede wszystkim działań profilaktycznych, które są uzasadnione społecznie i ekonomicznie. Podejmowane działania profilaktyczne wpływają na ograniczenie występowania niepełnosprawności, większą aktywność społeczną i zawodową mieszkańców i oszczędności w obszarze nakładów na funkcjonowanie medycyny naprawczej.

Aby realizować taką wytyczną polityki zdrowotnej należy przyjąć, że zarówno na poziomie jednostek, jak i na poziomie grup, zasady formułowane przez ekspertów określą pożądany prozdrowotny styl życia. Zasady te nie tylko mówią jakie działania należy podjąć, aby unikać problemów zdrowotnych, ale skłaniają do poszukiwań i aktywnego wpływania na stan swojego zdrowia, przez korzystne oddziaływanie na procesy wewnętrzne człowieka oraz zewnętrzne środowisko życia (środowisko zarówno fizyczne, biologiczne jak i społeczno-kulturowe). Ze względu na rozwój nauk medycznych współczesny człowiek coraz bardziej świadomy zagrożeń oraz czynników wpływających pozytywnie na jego stan zdrowia, realizuje każdego dnia coraz większą liczbę zaleceń prozdrowotnych, które powodują, że coraz trudniej odróżnić styl życia od profilaktyki⁹.

⁹ Kłos J. Zjawisko zdrowego stylu życia we współczesnym społeczeństwie polskim, Pracownia Socjologii Medycznej Katedra Medycyny Społecznej.

3. Zasady prowadzenia Polityki zdrowotnej

3.1. Ogólne zasady prowadzenia Polityki zdrowotnej

Poniżej przedstawiono ogólne zasady prowadzenia polityki zdrowotnej współrealizowanej przez wszystkie uprawnione podmioty:

- 1) **Zasada zrównoważonego zaspokajania potrzeb zdrowotnych** – dotyczy równoważenia stopnia zaspokajania potrzeb z różnych obszarów chorobowych, z uwzględnieniem skali i stopnia zagrożenia dla zdrowia i życia oraz skutków społecznych.
- 2) **Zasada równości pacjentów** – dotyczy równości mieszkańców w dostępie do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, oznacza, że mieszkańcy nie mogą być dyskryminowani ze względu na jakiekolwiek kryterium.
- 3) **Zasada równości podmiotów** – odnosi się do świadczeniodawców i oznacza równe ich traktowanie niezależnie od tego, kto jest właścicielem danego podmiotu. Zasada ta zabrania stosowania różnych miar i obowiązków oraz praw i przywilejów, wynikających z charakteru i właściwości świadczeniodawców.
- 4) **Zasada pluralizmu** – użytkownicy systemu ochrony zdrowia, jak wszyscy konsumenci, cechują się różnymi preferencjami i upodobaniami, nawet jeśli obiektywnie ich potrzeby zdrowotne mogą być jednakowe. Zaspokojenie zróżnicowanych potrzeb realizowane jest przez różnicowanie oferty.
- 5) **Zasada nowoczesności** – oznacza to, że świadczeniodawcy usług i produktów zdrowotnych będą wspierani przy wprowadzaniu innowacyjnych i konkurencyjnych rozwiązań.
- 6) **Zasada racjonalnego działania** – oznacza działanie zgodnie z jedną z poniższych wytycznych w dwóch wymiarach:
 - a) maksymalizacja efektów, przy założonym poziomie nakładów,
 - b) minimalizacja nakładów, przy założonym poziomie efektów.

3.2. Potrzeby zdrowotne społeczeństwa

Szczegółowe zasady i wytyczne prowadzenia polityki zdrowotnej w obszarze potrzeb zdrowotnych społeczeństwa są następujące:

- 1) Cykliczne monitorowanie bieżących potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.
- 2) Włączanie przedstawicieli interesariuszy w proces tworzenia koncepcji zamierzeń i programów polityki zdrowotnej.
- 3) Tworzenie warunków wdrażania zamierzeń i programów polityki zdrowotnej we współpracy z partnerami społecznymi, publicznymi i gospodarczymi.
- 4) Przestrzeganie zasady zapewniania jakości usług zdrowotnych¹⁰:
 - a) **efektywność** – udzielanie świadczeń przynoszących pozytywne efekty dla całej społeczności miasta oraz indywidualnie dla mieszkańców,
 - b) **dostępność** – świadczenie usług bez zbędnej zwłoki, niezależnie od ograniczeń związanych ze statusem finansowym czy wiekiem pacjenta,
 - c) **adekwatność** – dostosowanie proponowanych świadczeń do oczekiwań pacjentów,

¹⁰ R.J. Maxwell, na podstawie koncepcji Donabediana

- d) **wydajność** – dostępne zasoby finansowe, rzeczowe i ludzkie są możliwie najlepiej i najbardziej racjonalnie wykorzystywane,
- e) **równość** – zapewnienie równego dostępu do usług dla wszystkich mieszkańców niezależnie od statusu społecznego, zawodowego, kulturowego, rasowego oraz innych cech usługobiorców.

3.3. Stan zdrowia mieszkańców Torunia

Szczegółowe zasady i wytyczne prowadzenia polityki zdrowotnej w obszarze stanu zdrowia mieszkańców Torunia są następujące:

- 1) Monitorowanie stanu powietrza w mieście pod względem:
 - a) emisji dwutlenku siarki do atmosfery,
 - b) emisji tlenków azotu do atmosfery.
- 2) Monitorowanie ilości nieoczyszczonych ścieków komunalnych i przemysłowych.
- 3) Monitorowanie natężenia hałasu.
- 4) Monitorowanie zdarzeń komunikacyjnych: liczby i skutków wypadków, szczególnie drogowych.

Projekty infrastrukturalne muszą zawierać analizę i rozwiązania z zakresu bezpieczeństwa ruchu drogowego. Przyjęte rozwiązania muszą być częścią realizowanej inwestycji.
- 5) Udostępnianie infrastruktury rekreacyjno-sportowej.

Rozbudowa punktowej infrastruktury rekreacyjno-sportowej powinna uwzględniać odległość od zabudowy mieszkaniowej oraz jej dostosowanie dla seniorów i osób z niepełnosprawnościami. Celem Polityki jest zwiększanie dostępności mierzonej odległością przestrzenną, czasową oraz wysiłkiem ekonomicznym dla użytkowników infrastruktury sportowo-rekreacyjnej. Czynniki te decydują również o efektywnym wykorzystaniu tej infrastruktury.
- 6) Zwiększenie atrakcyjności programu wychowania fizycznego realizowanego w szkołach.

Zajęcia powinny być dostosowane do możliwości uczniów oraz przygotowywać ich do aktywności ruchowej w dalszych latach życia. Przyjęte rozwiązania powinny równorzędnie traktować cele sportowe, zdrowotne i kulturowe oraz obejmować cele związane z przygotowaniem nauczycieli do realizacji tych programów.
- 7) Wspieranie zmian w programach kształcenia kadr kultury fizycznej.

Kadry kultury fizycznej powinny być przygotowane do roli animatorów zdrowego stylu życia.
- 8) Wprowadzenie nowych, atrakcyjnych form motywowania mieszkańców do zwiększenia aktywności fizycznej i zmiany niekorzystnych dla zdrowia nawyków.

W ramach tej wytycznej jednostki edukacyjne (podległe samorządowi Miasta) i organizacje pozarządowe oraz inne podmioty (np. zakłady pracy) powinny zwiększyć swoje zainteresowanie, tworzyć warunki oraz wdrażać programy zwiększania aktywności fizycznej w różnych grupach mieszkańców.

3.4. Zasoby systemu ochrony zdrowia

Szczegółowe zasady i wytyczne prowadzenia polityki zdrowotnej w obszarze zasobów systemu ochrony zdrowia są następujące¹¹:

¹¹ Topór-Mądry, R., Gilis-Januszewska, A., Kurkiewicz, J., & Pająk, A. (2002). Szacowanie potrzeb zdrowotnych. *Vesalius*, Kraków.

- a) Dostarczenie największych korzyści z punktu widzenia stanu zdrowia mieszkańców Torunia.
- b) Największy poziom redukcji różnic w stanie zdrowia i dostępie do dóbr ochrony zdrowia między grupami społecznymi w mieście.
- c) Najwyższy poziom aprobaty ze strony społeczności miasta.

3.5. Finansowanie ochrony zdrowia¹²

Szczegółowe zasady i wytyczne prowadzenia polityki zdrowotnej w obszarze finansowania ochrony zdrowia są następujące:

- 1) Wydatki na promocję i profilaktykę zdrowotną, w tym na realizację programów polityki zdrowotnej oraz projektów prozdrowotnych powinny być skierowane na zaspokajanie priorytetowych potrzeb mieszkańców Torunia.
- 2) Zasoby miasta powinny być rozdzielane z uwzględnieniem efektywności ich wykorzystania. Przy ocenie wykorzystania zasobów należy uwzględniać obiektywne mierniki.
- 3) Sposób finansowania działań profilaktycznych powinien gwarantować powszechność, kompleksowość, współodpowiedzialność i ciągłość realizacji. Finansowanie modernizacji, zakupu aparatury czy sprzętu dla gminnych sp z o-ów powinno być poprzedzone identyfikacją ich potrzeb, w tym z koniecznością dostosowania narzędzi do aktualnej wiedzy medycznej oraz postępu technologicznego.

3.6. Promocja zdrowia i profilaktyka chorób

Ogólne zasady prowadzenia polityki zdrowotnej w obszarze promocji zdrowia i profilaktyki chorób są następujące:

- 1) Priorytet promocji i profilaktyki zdrowotnej nad działaniami naprawczymi/lecznicznymi (interwencja NFZ, jst).
- 2) Priorytet opieki ambulatoryjnej nad szpitalną (interwencja NFZ).
- 3) Priorytet całościowej opieki kwalifikowanej sprawowanej przez lekarza ogólnego (rodzinnego) nad opieką specjalistyczną (interwencja NFZ).
- 4) Priorytet efektywnych i mniej kosztownych procedur medycznych i leków nad droższymi o tej samej skuteczności (interwencja NFZ).
- 5) Polityka zdrowotna zakłada równy dostęp do efektów zmian społeczno-gospodarczych i postępu w medycynie niezależnie od sytuacji społecznej i ekonomicznej mieszkańców (interwencja NFZ, JST).

Szczegółowe zasady i wytyczne prowadzenia polityki zdrowotnej w obszarze promocji zdrowia i profilaktyki chorób są następujące:

- 1) Systematyczne i konsekwentne promowanie zdrowego stylu życia.
- 2) Zapewnienie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej, w szczególności skierowanej do dzieci i młodzieży.
- 3) Dostępność pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

¹² Topór-Mądry, R., Gilis-Januszewska, A., Kurkiewicz, J., & Pająk, A. (2002). Szacowanie potrzeb zdrowotnych. *Vesalius, Kraków*.

- 4) Udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie.
- 5) Wsparcie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służące rozwiązywaniu problemów alkoholowych i uzależnień od innych substancji psychoaktywnych.
- 6) Wdrożenie programu wszechstronnej edukacji zdrowotnej w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych (w tym: profilaktyki uzależnień, HIV/AIDS).
- 7) Stworzenie rozwiązań instytucjonalnych lub organizacyjnych wspierających realizację programu wszechstronnej edukacji zdrowotnej w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych.

Rozwiązania te będą dotyczyły systemu kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego nauczycieli, doradztwa metodycznego, produkcji pomocy naukowych i materiałów dla uczniów i nauczycieli.

- 8) Wspieranie indywidualnego i grupowego poradnictwa w zakresie zdrowego stylu życia (w szczególności rodzinnego, psychologicznego, żywieniowego, antytytoniowego i antyalkoholowego).
- 9) Wykorzystywanie środków masowego przekazu do edukacji w zakresie zdrowego stylu życia, z naciskiem na kontrolę własnego zdrowia oraz wskazywaniem sposobów zmiany stylu życia i radzenia sobie z głównymi przyczynami zagrożenia zdrowia.
- 10) Wspieranie systemu kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego kadr w zakresie promocji zdrowia (w szczególności dotyczy to dziennikarzy, pracowników samorządów lokalnych, nauczycieli, polityków lokalnych oraz działaczy organizacji pozarządowych).

4. Narzędzia i instrumenty realizacji *Polityki zdrowotnej dla miasta Torunia na lata 2019-2025*

Polityka zdrowotna realizowana będzie poprzez wszystkie narzędzia, które w całości lub w części wykorzystywane są do zarządzania obszarem zdrowia w Toruniu. Polityka zdrowotna jako dokument stanowiący regulację lokalną, ustanowioną przez Radę Miasta Torunia jest podstawą do podejmowania decyzji w zakresie programowania rozwoju, dokonywania interwencji oraz zarządzania i monitorowania w obszarze ochrony zdrowia. Polityka Zdrowotna Torunia będzie realizowana z wykorzystaniem następujących narzędzi i instrumentów władz miasta:

1) Strategii Rozwoju Miasta Torunia do roku 2020 z uwzględnieniem perspektywy rozwoju do 2028 r.

Polityka zdrowotna znajduje pełne odzwierciedlenie i zachowuje spójność z zapisami nowej Strategii Rozwoju Miasta Torunia do roku 2020 z uwzględnieniem perspektywy rozwoju do 2028 r., która została przyjęta 17 maja 2018 roku. Zawiera ona dwa cele operacyjne (1.4. i 1.5.) w ramach celu strategicznego 1: Toruń atrakcyjnym miejscem zamieszkania i pracy. Co celów operacyjnych zostały przypisane również zadania realizacyjne, prezentowane poniżej:

Cel operacyjny 1.4. Upowszechnienie sportu i rekreacji wśród mieszkańców.

Pierwsze zadanie realizacyjne 1.4.1. dotyczy bezpośrednio kwestii związanych ze stylem życia i brzmi następująco: wspieranie i promowanie kultury fizycznej (w tym sukcesów sportowych) wśród dzieci, młodzieży i dorosłych – zwiększenie zainteresowania aktywnym uprawianiem sportu oraz budowa ogólnodostępnych, wielofunkcyjnych stref aktywności sportowej.

Cel operacyjny 1.5. Poprawa sytuacji zdrowotnej mieszkańców (w tym inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, programy profilaktyczne, opiekuńcze, itp.).

W przypadku tego celu wszystkie zadania realizacyjne bezpośrednio dotyczą kwestii zdrowotnych i obejmują:

- 1.5.1. Podnoszenie jakości infrastruktury zakładów opieki zdrowotnej, dla których Gmina jest organem tworzącym,
- 1.5.2. Upowszechnienie cyfryzacji dokumentacji pacjentów,
- 1.5.3. Kontynuacja bieżących oraz wdrażanie nowych programów na rzecz zdrowego stylu życia i profilaktyki zdrowotnej,
- 1.5.4. Wdrażanie nowych rozwiązań nad osobami zależnymi w zakresie opieki zdrowotnej i społecznej,
- 1.5.5. Rozwinięcie i utrzymanie opieki nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi,
- 1.5.6. Kontynuacja działalności i zaangażowania ngo w działania na rzecz osób wymagających opieki,
- 1.5.7. Tworzenie domów seniora z całodobową opieką medyczną.

2) Miejscowe Plany Zagospodarowania Przestrzennego.

Miejscowe Plany Zagospodarowania Przestrzennego są podstawowym narzędziem ochrony i racjonalnego kształtowania przestrzeni w Mieście. Wszystkie działania związane z ładem przestrzennym miasta są prowadzone przez Miejską Pracownię Urbanistyczną w Toruniu. Przedmiotem działania MPU jest sporządzanie miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego oraz wykonywanie studiów, analiz i koncepcji dotyczących rozwoju przestrzennego Torunia. W ramach tych zadań MPU będzie uwzględniało wnioski WZiPS UMT dotyczące przestrzennego rozmieszczenia placówek systemu ochrony zdrowia oraz bazy sportowo-

rekreacyjnej w Mieście. Dotyczy to zmiany dotychczasowych lokalizacji lub wyznaczania nowych lokalizacji. WZiPS UMT prowadzi analizy przestrzenne dostępu do placówek systemu ochrony zdrowia i bazy sportowo-rekreacyjnej stanowiących podstawę do przekazywania wniosków do MPU.

3) Budżet Miasta.

Budżet miasta jest podstawowym narzędziem realizacji zadań operacyjnych Miasta związanych z zaspokajaniem zbiorowych potrzeb mieszkańców. Ochrona zdrowia znajduje się w budżecie w dziale pod numerem 851. W roku 2018 wydatki ogółem budżetu Torunia na ochronę zdrowia wyniosły 20 537 100 i stanowią 1,64 % wszystkich wydatków Miasta. Zgodnie z celem 4.2. Polityki „Racjonalizacja nakładów budżetu GMT na działania w obszarze promocji i profilaktyki zdrowia oraz rozwoju zoz, dla których gmina jest organem założycielskim” zakłada planowanie wysokości budżetu w oparciu o zidentyfikowane potrzeby usystematyzowane zgodnie z priorytetami.

4) Programy polityki zdrowotnej, promocja zdrowia i profilaktyka chorób.

Miasto realizuje lub współrealizuje programy polityki zdrowotnej oparte na dowodach naukowych. Programy powinny być adresowane zarówno do osób, jak do środowiska, w którym na co dzień żyją i funkcjonują. Podstawą planowania i uruchamiania programów profilaktycznych jest diagnoza potrzeb mieszkańców oraz analiza interesariuszy tych programów. Interesariusze programów profilaktycznych są celem, podmiotem pozytywnych zmian oraz inicjatorem i odbiorcą tych programów.

W ramach Polityki rekomendowane są programy profilaktyczne, stanowiące interwencję realizowaną poprzez komponenty obejmujące kilka programów i rozwiązań z udziałem sieci partnerskich składających się z podmiotów sektora publicznego, prywatnego i pozarządowego. Ponadto programy powinny być realizowane w różnych miejscach: w rodzinach, w szkołach, miejscach pracy, miejscach spędzania czasu wolnego oraz poprzez media. WZiPS gromadzi krajowe i zagraniczne przykłady dobrych praktyk.

Zakłada się, że oprócz środków finansowych planowanych w budżecie GMT pozyskiwane będą środki zewnętrzne. Udział zewnętrznych źródeł finansowania programów profilaktycznych będzie uzależniony od warunków zewnętrznych pozwalających na pozyskanie środków.

5) Inne dokumenty strategiczne GMT.

WZiPS UMT jest zobowiązany do opiniowania następujących dokumentów strategicznych:

- a) Strategii Rozwoju Edukacji Miasta Torunia,
- b) Strategii rozwiązywania problemów społecznych dla miasta Torunia,
- c) Strategii ochrony środowiska dla miasta Torunia,
- d) Wieloletniego programu gospodarowania mieszkaniowym zasobem GMT,
- e) Zintegrowanego Planu Rozwoju Transportu Publicznego dla Miasta Torunia.

Jednostki organizacyjne UMT odpowiedzialne za opracowanie powyższych dokumentów strategicznych są zobowiązane do włączenia WZiPS UMT do procesu ich tworzenia i konsultowania, w szczególności w zakresach powiązanych z ochroną zdrowia mieszkańców.

6) Inne plany i programy Miasta.

WZiPS UMT jest zobowiązany do przygotowania:

- a) Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Innych Uzależnień,
- b) Programu Działań Miasta Torunia Na Rzecz Osób Niepełnosprawnych
oraz opiniowania:

- a) Programu współpracy Gminy Miasta Toruń z organizacjami pozarządowymi,
- b) Planu Gospodarki Niskoemisyjnej Gminy Miasta Toruń,
- c) Miejskiego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie oraz Ochrony Ofiar Przemocy w Rodzinie w Toruniu,
- d) Programu Działań Miasta Torunia Na Rzecz Osób Niepełnosprawnych,
- e) Programu ochrony środowiska przed hałasem dla miasta Torunia.

Jednostki organizacyjne GMT odpowiedzialne za opracowanie powyższych dokumentów są zobowiązane do włączenia WZiPS UMT do procesu ich tworzenia i konsultowania w szczególności w zakresach powiązanych z ochroną zdrowia mieszkańców.

7) Aplikacje o zewnętrzne źródła dofinansowania.

Wnioski o zewnętrzne finansowanie będą przygotowywane z wykorzystaniem aplikacji wymaganych przez instytucje ogłaszające konkursy i nabory ze źródeł regionalnych i krajowych.

8) Zadania zlecone dla organizacji pozarządowych

Badanie potrzeb, przygotowanie i realizacja części programów profilaktycznych będzie przedmiotem zadań zleconych przez UMT dla organizacji pozarządowych. W ramach Polityki ważnym kryterium wyłaniania wykonawców programów profilaktycznych będzie ich zdolność organizowania sieci partnerskich z innymi organizacjami pozarządowymi do wykonania tych programów.

Zakłada się, że docelowo w roku 2025 wydatki na programy profilaktyczne Polityki Zdrowotnej zlecane organizacjom pozarządowym będą wynosiły 35 % wszystkich wydatków na programy profilaktyczne finansowane przez GMT. Przyrost ten uwzględni inflację.

9) Programy badawcze

WZiPS UMT prowadzi monitoring dostępnych wyników badań oraz inicjuje i koordynuje programy badawcze z partnerami publicznymi i pozarządowymi. Programy badawcze będą realizowane przede wszystkim poprzez współpracę z instytucjami naukowo-badawczymi. Kluczowym partnerem w zakresie badań będzie UMK.

10) Wsparcie organizacyjne i techniczne świadczone przez Miasto na rzecz uczestników systemu zdrowia w Toruniu.

GMT poprzez Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej UMT będzie udzielał wsparcia organizacyjnego i technicznego uczestnikom systemu zdrowia, którzy będą poprzez działania własne realizowali strategię i politykę ochrony zdrowia zgodnie z przyjętymi przez Radę Miasta dokumentami. Zakres i formy wsparcia będą każdorazowo przedmiotem uzgodnień z konkretnymi uczestnikami systemu zdrowia.

11) Wsparcie lobbyingowe na rzecz uczestników systemu zdrowia w Toruniu i Bydgoszczy.

Działania lobbyingowe stanowią niesformalizowaną formę zabiegania o wyższy stopień zaspakajania potrzeb zdrowotnych mieszkańców Miasta. Związane jest to z realizacją celu 4.1. Stymulowanie wzrostu finansowania świadczeń zdrowotnych z NFZ i innych środków zewnętrznych. Z uwagi na powiązanie potrzeb zdrowotnych mieszkańców Torunia i Bydgoszczy należy zabiegać, aby oba Miasta prowadziły działania lobbyingowe wspólnie. Podstawowe działania lobbyingowe będą znajdowały się w gestii kierownictwa Urzędu.

Sposób monitorowania i ewaluacji Polityki zdrowotnej dla miasta Torunia na lata 2019-2025 zostanie określony po przyjęciu jej przez Radę Miasta Torunia w drodze zarządzenia Prezydenta Miasta Torunia

Spis tabel

Tabela 1. Zakres przedmiotowy diagnozy polityki zdrowotnej Miasta Torunia.	4
Tabela 2. Cele polityki zdrowotnej	9

Spis rysunków

Rysunek 1. Przebieg spotkań w ramach partycypacji społecznej	5
--	---

Załącznik 1. Powiązanie problemów z celami szczegółowymi

Problemy	Cele szczegółowe
1. Długi czas oczekiwania na dostęp do domu pomocy społecznej. 2. Niewystarczająca liczba lekarzy specjalistów. 3. Niedobory kadry medycznej, w szczególności: pielęgniarek, gastroenterologów, kardiologów dziecięcych, psychogeriatrów, endokrynologów. 4. Brak nocnej opieki stomatologicznej. 5. Kolejka do opieki paliatywnej, za późno dawane są skierowania do opieki paliatywnej – pacjent za późno się zgłasza, brak współpracy między POZ a opieką paliatywną. 6. Słaby dostęp do rehabilitacji leczniczej w szczególności dla dzieci i seniorów.	1.1. Zwiększenie poziomu jakości zaspokojenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców. <i>Miedzy innymi poprzez wystąpienia do NFZ oraz realizację programów polityki zdrowotnej.</i> 1.4. Niwelowanie różnic w dostępie do usług zdrowotnych mieszkańców. 2.1. Monitorowanie sytuacji zdrowotnej mieszkańców. 3.1. Wspieranie działań wpływających na zmniejszanie deficytu kadr medycznych, personelu okołomedycznego oraz wolontariuszy. 3.3. Dostosowywanie infrastruktury ochrony zdrowia zarządzanej przez sp zoz-y, dla których organem tworzącym jest GMT do potrzeb mieszkańców. <i>/m.in. modernizacja obiektów służących realizacji zadań, wyposażenie/ oraz uwzględnianie w planach zagospodarowania przestrzennego potrzeb sektora zdrowia.</i>
7. Niski poziom wiedzy w społeczeństwie na temat uzależnień od alkoholu, narkotyków, komputera i telefonów. 8. Niski poziom wzajemnej aktywizacji w środowiskach sąsiedzkich. 9. Przyrost liczby osób dorosłych oraz dzieci z problemami i zaburzeniami psychicznymi (agresją, nieradzeniem sobie z emocjami, samookaleczaniem). 10. Niewystarczająca liczba zajęć z zakresu ochrony i rozwoju zdrowia psychicznego.	1.2. Wsparcie zdrowia psychicznego dla różnych grup mieszkańców. <i>Miedzy innymi poprzez:</i> – zwiększenie inicjatyw skierowanych do seniorów w formie m.in.: animowanych pobyków dziennych, kół zainteresowań, imprez turystycznych, rekreacyjnych, – rozwój samopomocy i pomocy sąsiedzkiej (m.in. bank czasu).
11. Niewystarczające sieciowanie współpracy na rzecz wykorzystania możliwości wynikających z dostępnej infrastruktury.	3.1. Wspieranie działań wpływających na zmniejszanie deficytu kadr medycznych, personelu okołomedycznego oraz wolontariuszy. 3.2. Doposażanie i unowocześnianie wyposażenia sp zoz-ów, dla których organem tworzącym jest GMT.
12. Zasoby finansowe są ograniczone - kontrakty dla placówek nie są adekwatne w stosunku do potrzeb (za małe). Placówki mają trudny wybór w określeniu priorytetu w obsłudze poszczególnych kategorii pacjentów.	4.1. Stymulowanie wzrostu finansowania świadczeń zdrowotnych z NFZ i innych środków zewnętrznych. 4.2. Racjonalne planowanie nakładów budżetu GMT na działania w obszarze promocji i profilaktyki zdrowia oraz rozwoju sp zoz-ów, dla których GMT jest organem tworzącym.
13. Niski poziom wiedzy w społeczeństwie na temat uzależnień od alkoholu, narkotyków, komputera i telefonów. 14. Niewystarczająca promocja wydarzeń i działań profilaktycznych. 15. Niski stan wiedzy w społeczeństwie na temat możliwości użytkowania siłowni	2.1. Monitorowanie sytuacji zdrowotnej mieszkańców. 2.2. Określanie kierunków działań prozdrowotnych. 5.1. Wzrost świadomości zdrowotnej mieszkańców. 5.2. Zwiększenie liczby odbiorców programów zdrowotnych.

zewnątrznych przez różne grupy użytkowników. 16. Niska promocja kultury i higieny pracy wśród pracodawców. 17. Wzrastająca liczba osób potrzebujących usług opiekuńczych (starzejące się społeczeństwo). 18. Wzrost liczby chorych onkologicznych trafiających do opieki.	5.3. Poprawa sytuacji zdrowotnej mieszkańców.
---	--